Liječenje transrodne disforije

Fištrek, Mateja

Master's thesis / Diplomski rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:481282

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Mateja Fištrek

Liječenje transrodne disforije

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2019.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb Medicinskog Fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, pod vodstvom prof.dr.sc. Dražena Begića i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2018./2019.

SAŽETAK
SUMMARY

1. UVOD 1
   1.1. Transrodna disforija kroz povijest 1
2. Definicija transrodne disforije 4
   2.1. Epidemiologija 5
   2.2. Etiologija 6
3. OSTALI OBLICI SEKSUALNIH DISFUNKCIJA 8
4. KLASIFIKACIJA TRANSRODNE DISFORIJE 9
5. KLINIČKA SLIKA TRANSRODNE DISFORIJE 11
6. SEKSUALNOST TRANSRODNIH OSOBA 13
7. KOMORBIDITETI 15
8. POREMEĆAJ RODNOG IDENTITETA U DJECE I ADOLESCENATA 16
9. LIJEČENJE TRANSRODNE DISFORIJE 17
   9.1. Uloga obiteljskog liječnika 17
   9.2. Psihijatrijsko praćenje 17
   9.3. Hormonska terapija 18
   9.4. Kirurška tranzicija spola 19
   9.5. Ginekološki postupak za osobe u tranziciji spola 20
10. ZAKLJUČAK 22
11. ZAHVALA 23
12. ŽIVOTOPIS 24
13. POPIS LITERATURE 25

POPIS I OBJAŠNJENJE KRATICA KORIŠTENIH U RADU

TS – transseksualnost

MuŽ – transseksualna osoba muško u žensko

ŽuM – transseksualna osoba žensko u muško

DSM – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema

SAŽETAK

Naslov rada: Liječenje transrodne disforije

Autor: Mateja Fištrek

Transseksualnost (TS) je stanje u kojem osoba osjeća nelagodu jer se rodila u spolu za koji osjeća da mu ne pripada. Spol se odnosi na kromosomska i fenotipska obilježja osobe s kojima je rođena, a rod predstavlja individualni doživljaj pripadanja određenom spolu. Zanimljivo je kako su u drevnoj povijesti u Africi na rod gledali baš onako kako ga mi danas definiramo – a to je osjećaj pripadanja.

U zemljama Europske unije i SAD-a postavljeni su standardi skrbi za osobe s poremećajem spolnog identiteta gdje se detaljno opisuje procedura kako se pravilno skrbiti za TS osobu.

Sama etiologija ovog stanja nije u potpunosti razjašnjena, ali najprihvaćenije su biološka teorija te psihosocijalna teorije. U biološkoj teoriji se opisuje utjecaj hormona na razvitak mozga i tijela, a u psihosocijalnoj teoriji kako međuljudski odnosi, a pogotovo odnosi u obitelji mogu utjecati na razvitak individue.

Liječenje se sastoji od više koraka. Prvi korak je potražiti pomoć, najčešće su to udruge ili obiteljski liječnik koji ih onda putu k psihijatru koji se time bavi. Psihijatar pruža savjetovanje i praćenje, a nakon toga ga on uputi endokrinologu kako bi započeli hormonsku terapiju. Naravno, prije samog početka hormonske terapije potreban je potpun pregled internista i ginekologa kako bi se utvrdilo da nema nikakvih kontraindikacija koje bi mogle narušiti zdravlje osobe koja kreće u fizičku tranziciju. Uzimaju se hormoni suprotnog spola, a to im omogućuje da sekundarne spolne karakteristike budu u skladu sa rodom s kojim se identificiraju. Nakon toga, ako osoba to želi, može se započeti kirurška tranzicija. Kod tranzicije u ženski spol izvodi se odstranjenje penisa i skrotuma, stvaranje neovagine i ostalih sekundarnih spolnih obilježja, dok kod tranzicije u muški spol od velikih i malih usana stvara se neopenis te se za to mogu koristiti i proteze, također postoje i testikularne proteze; uz to se odstranjuju dojke.

U Hrvatskoj se vrlo malo stručnjaka bavi transseksualnošću, ali sve više se educira i medicinsko osoblje i šira javnost. Dio tome definitivno pridonose udruge koje se bave pravima manjina jer osiguravaju podršku ne samo za TS osobe već i njihove bližnje, a uz to svakodnevnim objavama na internetu približavaju transseksualnost te se razrješavaju ikakve nedoumice.

Ključne riječi: transrodnost, disforija, liječenje

SUMMARY

Title: Treatment of gender dysphoria

Author: Mateja Fištrek

Transsexualism (TS) is a phenomenon in which person feels discomfort because of his/her assigned sex. Sex refers to chromosome and phenotypic characteristics of the sex they were born with and gender is the sex that they identify with. It is interesting that in ancient history in Africa they viewed gender as we see it today - and that is freedom to identify as they feel and not considering the sex of the person.

In the countries of European union and USA there is a document called "Standards of care for gender identity disorders" in which is described the procedure of how to take care of transgender person.

Etiology of this phenomenon is still not completely clear, but the two most accepted theories are biological and psychosocial theory. In biological theory it is described the influence of hormones on development of the body and brain, and in psychosocial theory they describe how relationships with family and the rest of the society can affect the development of the person.

The treatment consists of several steps. The first step is to search for help, they usually find it with associations or primary care doctor and after that they visit the psychiatrist that has many experience with gender dysphoria. The psychiatrist provides counseling and follow-up, and after that TS person is referred to the endocrinologist to begin hormone therapy. Of course, before the beginning of hormone therapy, a complete examination by internist and gynecologist is needed to establish that there are no contraindications that could disrupt the health of a person starting a physical transition. In the treatment, hormones of the opposite sex are used which allows them to have secondary sexual characteristics consistent with the gender they identify with. After that, if a person wants it, a surgical transition can begin. In the transition to female sex, removal of the penis and scrotum is performed, creating neovagine and other secondary sexual features, while in the male sex transition from the large and small labia neopenis is formed and in that procedure prostheses can be used, also there are testicular prostheses; except that, there is a procedure which enables removal of the breast.

In Croatia, very few experts have their main field of interest in transsexuality, but as we progress as a society medical staff and the general public are getting more and more educated. Part of

this is definitely because of associations that provide support not only to TS people but also to their family and close friends, and the put daily on the internet educational post about gender dysphoria.

Keywords: transgender, dysphoria, treatment

1. UVOD

1.1. Transrodna disforija kroz povijest

Iako se na prvu može činit kako su transseksualizam i transrodna disforija novi pojmovi i nove „bolesti“, zapravo se radi o stanju koje postoji od kad je ljudskog roda.

a) **Drevna povijest**

Afrika – djeci se po rođenju nije određivao spol, šamani u plemenu Dagaaba su smatrali kako spol nije određen anatomijom već energijom osobe. U ostalim plemenima se također nije određivao spol po rođenju, već se on dodjeljuje nakon pete godine ili nakon puberteta .[1]

Amerika – Indijanci su u svojim plemenima imali treći rod i o tome saznajemo iz zapisnika Europljana, oni su koristili pogrdne nazive za te ljude, muškarci koji su se bavili ženskim poslovima su nazivali „berdache“, a žene koje su se po njima ponašale kao muškarci su nazivali „passing women“.[2]

Azija – u vrijeme Mezopotamije, homoseksualci i transseksualne osobe su se izrabljivali u seksualne svrhe te su bili prostitutke, a osim toga su ostatku naroda služili za zabavu te su morali pjevati, plesati i oblačiti se u kostime.[3]

Europa – U Rimskom carstvu, najranija poveznica s transrodnim osobama su muškarci koji su se kastrirali kako bi podali žrtvu božici Cybele[4] koja je predstavljala „veliku majku“. Osim toga, kastracija muškaraca se koristila kao kazna i poniženje u slučajevima kada bi bio prekršen zakon ili npr. kada bi neka bitka bila izgubljena.[5]

b) **Moderno doba**

Afrika – U Bocvani je 2017. Visoki sud donio presudu kako je Nacionalni registar prekršio ljudska prava i slobodu s time što nisu htjeli promijeniti oznaku za rod. Vlada Bocvane se htjela žaliti, ali su povukli tu odluku te omogućili muškarcu novi rodni identitet.

Kanada – Iako je Kanadska povelja o ljudskim pravima donesena još u 18. stoljeću, svejedno su kroz povijest članovi LGBTQ zajednice bili diskriminirali, ali, od svibnja 2016. u povelju su dodani pojmovi „rodni identitet“ i „rodno izražavanje“ kako bi dodatno spriječili bilo kakvu diskriminaciju.

SAD – 90-ih godina 20. stoljeća je osnovan Dan sjećanja na Transrodnost, za sve žrtve nasilja nad ljudima u LGBTQ zajednici. Sljedećih godina pa sve do danas, sve se više Gay Pride-ova i povorki organizira kako bi se šira javnost educirala te kako bi se maknula stigma.

Hrvatska – u 2013. godini je donesen zakon koji omogućuje transrodnim osobama da promijene oznaku spola u svojim dokumentima kako bi ta oznaka odgovarala njihovom rodnom identitetu. Za tu promjenu TS osobe ne moraju proći kiruršku tranziciju.

Ono što je potrebno napomenuti je da izraz rodna ideologija nema nikakvo značenje, a u današnje vrijeme se često čuje, pogotovo u medijima tokom rasprave o Istambulskoj konvenciji – u njoj se rod definira kao društveno oblikovana uloga, ponašanje i osobine koje određeno društvo smatra prikladnim za muškarce i žene. Taj izraz ne postoji jer pojam ideologija predstavlja sklop ideja, a sam rod i osjećaj pripadnosti ili nepripadanja nekom rodu nije ideja, već realno psihičko i fizičko stanje koje je potkrijepljeno mnogim znanstvenim radovima. Umjesto toga prikladno bi bilo govoriti o rodnoj teoriji.

Kao što se i kroz povijest mijenjalo shvaćanje transrodne disforije, tako je i u medicini dugi niz godina postojala diskusija o tome kako to stanje klasificirati. Tako u prvim godinama MKB klasifikacije, 1948., za transrodnu disforiju nije niti postojao naziv, dok je 1990. godine dobila naziv rodna disforija. Promjene naziva kroz povijest možete vidjeti u tablici 1.

Godina	**MKB**	**DSM**	**Osnovna kategorija**	**Dijagnoza**
1948.	MKB-6	-	N/A	N/A
1952.	-	DMS-I	N/A	N/A
1955.	MKB-7	-	N/A	N/A
1965.	MKB-8	-	Seksualna disfunkcija	Transvestizam
1968.	-	DSM-II	Seksualna disfunkcija	Transseksualnost
1975.	MKB-9	-	Seksualna disfunkcija	- Transvestizam - Trans-seksualnost (sic)
1980.	-	DSM-III	Psihoseksualni poremećaji	- Transseksualnost - Poremećaji rodnog identiteta u djetinjstvu

1987	-	DSM-II-R	Poremećaji koji se najčešće javljaju u ranom djetinjstvu, djetinjstvu ili adolescenciji	- Transseksualnost - Poremećaji rodnog identiteta u djetinjstvu - Poremećaji rodnog identiteta u adolescenciji i odrasloj dobi, netransseksualni tip
1990.	MKB-10	-	Poremećaji rodnog identiteta	- Transseksualnost - Dvostruka uloga transvestizma - Poremećaji rodnog identiteta u djetinjstvu - Ostali poremećaji rodnog identiteta - Poremećaji rodnog identiteta, neodređeni
1994.	-	DSM-IV	Seksualni poremećaji i poremećaji rodnog identiteta	- Poremećaji rodnog identiteta kod adolescenata ili odraslih - Poremećaji identiteta kod djece
2000.	-	DSM-IV-TR	Seksualni poremećaji i poremećaji rodnog identiteta	- Poremećaji rodnog identiteta kod adolescenata ili odraslih - Poremećaji identiteta kod djece
2013.	-	DSM-5	Rodna disforija	- Rodna disforija kod adolescenata ili odraslih - Rodna disforija kod djece
2015.	MKB-11	-	?	- Rodna nepodudarnost kod adolescenata ili odraslih - Rodna nepodudarnost kod djece (predloženo)

Tablica 1 Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development: Progress in Care and Knowledge (pp.137-150)

2. DEFINICIJA TRANSRODNE DISFORIJE

Transrodna disforija je stanje koje ima biološku i socijalnu etiologiju, a očituje se nezadovoljstvom vlastitim spolom, osobe se osjećaju kao da su zarobljene u tijelu pogrešnog spola te samim time su ekstremno nezadovoljni svojim životom, ne samo na fizičkoj razini već i psihičkoj.

Jedan od najvećih problema današnjice je to što okolina, a velikom većinom i medicinari, smatraju kako se radi isključivo o psihičkom poremećaju što kao rezultat daje krivo liječenje. Transseksualnost je bolest koja zahtjeva interdisciplinarno liječenje koje uključuje psihijatra, kirurga, endokrinologa, ginekologa, psihologa, socijalnog radnika te na kraju krajeva, pravnu pomoć. U Hrvatskoj ne postoji strogo definiran algoritam liječenja te zbog toga sama sudbina transseksualne osobe ovisi o tome kojem liječniku se prvo javila. Nažalost i mnogi psihijatri ili ne ulažu u svoje cjeloživotno obrazovanje ili zbog vlastitih stajališta smatraju kako je transseksualnost isključivo psihički poremećaj zbog čega TS osobe znaju izgubiti mnoge godine života na neadekvatno liječenje što na kraju rezultira s obeshrabrenjem pacijenata i dodatnim psihičkim poremećajima, koji su ionako jedan od najčešćih komorbiditeta.

Kada bi se ugledali na Nizozemsku, u kojoj je algoritam liječenja strogo definiran te ocijenjen kao izvrstan, liječenje bi započelo s javljanjem psihijatru ili psihologu koji je adekvatno obučen za tu bolest te ima iskustva u samom liječenju. Pacijent bi godinu dana dolazio na razgovor kako bi se procijenilo da se uistinu radi o transrodnoj disforiji. Nakon toga, pacijent bi bio upućen endokrinologu koji bi propisao hormonsku terapiju te bi osoba tokom tog perioda trebala živjeti u željenom spolu – oblačiti i ponašati se kao spol za koji smatraju da jesu. Tim procesom osoba dobiva iskustvo, ali se i na taj način testira predanost samog pacijenta. Nakon ove faze, koje obično traje 1-2 godine, prelazi se na ireverzibilnu fazu, a to je kirurška tranzicija u željeni spol, naravno, za oba spola se radi o drugačijim operacijama. Za ŽuM kirurški postupci su: mastektomija, ovariektomija, histerektomija, faloplastika i skrotoplastika; za MuŽ to su: mamoplastika, orhidektomija, penektomija, vaginoplastika, rekonstrukcija vanjskog spolovila.

2.1 Epidemiologija

Učestalost poremećaja rodnog identiteta varira s obzirom na dob osobe. Najveća učestalost je u dječjoj dobi te se odrastanjem smanjuje.

Dob (godine)	učestalost u dječaka	učestalost u djevojčica
4-5	15%	5%
6-7	2,7%	
8-9	5,1%	8%
10-11	1,1%	

Podaci su dobiveni tako što su pitali djecu žele li biti suprotnog spola, dok roditelji zapravo u većem postotku prijavljuju kako smatraju da djeca imaju transseksualno ponašanje. Četvrtina djece koja su u djetinjstvu pokazivala sklonost transseksualizmu će i odrasti u transseksualne osobe.

Transseksualnost koja se javlja u odraslih započinje u 20-im godinama, iako prva razmišljanja o tome da su suprotnog spola najčešće započinju u pubertetu. U muškaraca se javlja 1 na 10000-30000, dok u žena 1 na 30000-100000. S obzirom na te epidemiološke podatke, očekuje se da u Hrvatskoj živi oko 200 osoba koje pate od transrodne disforije. Za pomoć se javljaju u kasnijoj odrasloj dobi i to uglavnom osobe koje žive u stabilnom socioekonomskom okruženju te osobe koje imaju viši stupanj obrazovanja. Smatra se da je to tako jer imaju veću podršku okoline te su bolje educirane o svome stanju te znaju kome se trebaju javiti za pomoć. S obzirom na to da u Hrvatskoj zdravstveno osiguranje ne financira kiruršku tranziciju spola, mnoge TS osobe se odlaze liječiti u susjednu Srbiju, točnije Beograd, gdje su operacije cjenovno mnogo pristupačnije. Nažalost pacijenti jako često sami sebi određuju dozu hormona zbog čega se izlažu opasnosti od drugih bolesti.

2.2. Etiologija

A) BIOLOŠKE TEORIJE

Spajanjem gameta dolazi do začeća i određivanja spola djeteta. Daljnjim razvojem dolazi do gonadalne diferencijacije – razvijanja muških ili ženskih spolnih žlijezda. Za razvijanje muških spolnih žlijezda je odgovoran Y kromosom na kojem se nalazi TDF (*testis determining factor*) – testis determinirajući faktor. TDF je protein koji na sebe veže faktore transkripcije koji svojom ekspresijom potiču stanice gonadnog grebena da se razviju u Müllerov sistem iz kojeg se razvijaju muški spolni organi. U slučaju nedostatka TDF-a, stanice gonadalnog grebena će se spontano razviti u Wolfov kanal iz kojeg se razvije ženski spolni sustav. Nakon razvitka spolnih žlijezda započinje hormonalna funkcija i u tom trenu dolazi do „spolnog" sazrijevanja mozga koje završava nekoliko mjeseci nakon rođenja. Pod utjecajem testosterona razvija se „muški" mozak, dok u njegovom odsustvu se razvija „ženski" mozak. Svako uzimanje hormona tokom trudnoće može utjecati na taj razvitak. Stanja u kojima se hormoni mogu uzimati kao lijekovi su na primjer: sindrom policističnih jajnika (estrogeni i progesteroni), za prevenciju pobačaja i u slučaju in vitro oplodnje.[6]

Osim hormonalne teorije postoji i neurorazvojna teorija. Hipotalamus je moždana struktura koja izlučuje razne hormone, a u njemu se nalazi i intersticijska jezgra strije terminalis. Te jezgre su odgovorne za spolno ponašanje te postoji razlika u veličini među spolovima. U muškaraca ta jezgra je dvostruko veća i uz to sadrži veće i brojnije neurone nego u žena. U TS osoba koje su uzimale hormonsku terapiju se također uočila promjena, MuŽ koje su uzimale estrogene su po građi intersticijsku jezgru imale istu kao ostale žene, a ŽuM osobe su imali istu jezgru kao i ostali muškarci.[7]

B) PSIHOSOCIJALNA TEORIJA

Od psihosocijalnih teorija najznačajnije su psihoanalitičke. One povezuju separacijsku anksioznost s pojavom transseksualnosti. U prvoj teoriji smatra se kako MuŽ u vrijeme individualizacije ima neriješenu separacijsku anksioznost zbog čega stvara fantaziju o simbiotskom spajanju s majkom. Zato, u odraslom životu, TS osobe nesvjesno kirurškom tranzicijom pokušavaju ispuniti svoju fantaziju da postanu majka. Drugi način je da dječak kao obranu od nerazriješene separacijske anksioznosti razvija transvestizam ili homoseksualnost, a kasnije se javlja fantazija o simbiozi s majkom što dovodi do transseksualnosti. Druga

psihoanalitička teorija ide dva koljena unazad. Baka odgaja svoju kćer hladno i ne potiče njezinu ženstvenost. Zbog takvog odgoja i djetinjstva, majka razvija blagi oblik poremećaja rodnog identiteta, ali napušta svoju transseksualnost i prividno razvija heteroseksualno ponašanje, ali zadržava zavist za penisom. U slučaju da takva žena uđe u brak s pasivnim muškarcem koji je često odsutan, svoga sina će percipirati izuzetno lijepim te će za nju predstavljati feminizirani falus. Odnos između majke i sina postaje simbiotski, tj. odnos postaje preblizak i majka sina doživljava kao produžetak vlastitog tijela.

Ostali rizični čimbenici u dječaka su udaljen odnos s ocem, a u djevojčica zlostavljanje u dječjoj dobi, hladan odnos s majkom, otac koji nije majku mogao zamijeniti u oblikovanju „ženskog“ ponašanja[8].

3. OSTALI OBLICI SEKSUALNIH DISFUNKCIJA

Za početak, iznimno je bitno razlikovati transseksualnost od interseksualnosti. Osobe s transrodnom disforijom imaju razvijen biološki spol, dok kod interseksualnih osoba biološki spol nije prisutan ili su prisutna biološka obilježja i muškog i ženskog spola. Interseksualne osobe su osobe koje svojim rođenjem nemaju anatomski ni u potpunosti muške ni u potpunosti ženske genitalije. To stanje se može javiti kod raznih genetskih poremećaja kao što su Turnerov sindrom (djelomični ili potpuni nedostatak jednog od dva spolna kromosoma), Klinefelterov sindrom (osoba ima više od jednog X kromosoma, ali ima i Y kromosom), Morrisov sindrom (drugi naziv testikularna feminizacija – uzrok je neosjetljivost na androgene), kongenitalni razvoj nejasnih genitalija (mikropenis, klitomegalija), nekompletan razvoj spolne anatomije (vaginalna ageneza, gonadna ageneza) itd.

Dodatni pojmovi koji se trebaju razlikovati od transseksualnosti, a šira javnost, a i liječnici ih često miješaju su:

Transvestizam – osobe se oblače u „odjeću suprotnog spola“, ali to u njih ne budi seksualno uzbuđenje niti to rade kako bi se ono povećalo

Fetišistički transvestizam – ovo je vrsta seksualne disfunkcije koja se naziva parafilija. Parafilije predstavljaju patološko seksualno ponašanje u kojem osoba ima intenzivne seksualne fantazije koje uzrokuju seksualno uzbuđenje, a predmet uzbuđenja mogu biti neživi objekti, djeca, odrasle osobe koje nisu suglasne s takvim ponašanjem. U fetišističkom transvestizmu oblačenjem u „odjeću suprotnog spola“ pojačavaju seksualno uzbuđenje te se oblače u tu odjeću prije ili za vrijeme seksualnog odnosa, ali ne žele promijeniti spol.

Transseksualizam – drugi naziv za to je transpolnost. Ovo je zastarjeli naziv, koji predstavlja TS osobu koja je prošla samo dio tranzicije. Dio tranzicije može biti npr. samo promjena rodne oznake u dokumentima, uzimanje hormona, promjena samo nekog dijela fizičkog izgleda, itd.

4. KLASIFIKACIJA TRANSRODNE DISFORIJE

Dijagnostički kriterij za dijagnozu transrodne disforije se razlikuje od klasifikacije do klasifikacije.[9]

MKB-10 je skraćenica za Međunarodnu klasifikaciju bolesti Svjetske zdravstvene organizacije, 10. izdanje iz 1992. godine. Šifra za poremećaj rodnog identiteta je F64.0, a za postavljenje te dijagnoze potrebno je zadovoljiti tri kriterija:

1. Osoba želi živjeti i biti prihvaćena kao da je suprotnog spola te želi da njeno tijelo bude što sličnije željenom spolu te to ostvaruje kroz kirurški i hormonski tretman
2. Transseksualni identitet je prisutan kroz najmanje 2 godine.
3. Transseksualni identitet nije simptom nekog drugog psihičkog poremećaja ili kromosomske abnormalnosti.

Prema DSM-IV potrebno je zadovoljiti četiri kriterija, a DMS-IV je Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje Američkog psihijatrijskog društva, 4. izdanje iz 1994. Ti kriteriji su:

1. Dokaz trajnog i snažnog poistovjećivanja sa suprotnim biološkim spolom te želja da bude toga drugoga spola ili osoba uporno tvrdi da to ona je.
2. Trajna nelagoda ili osjećaj neprikladnosti zbog spolne uloge svog vlastitog spola.
3. Ako postoji organska podloga u smislu tjelesnog međuspolnog stanja, dijagnoza poremećaja spolnog identiteta se ne postavlja.
4. Dokaz o klinički značajnim smetnjama ili manjkavostima u socijalnom, radnom i drugim važnim područjima djelovanja.

Klasifikaciju kroz povijest možete vidjeti u tablici 2.

Revizija	Osnovna kategorija	Dijagnoza
DSM-I (1952.)	N/A	N/A
DSM-II (1968.)	Seksualna disfunkcija	Transvestizam
DSM-III (1980.)	Psihoseksualni poremećaji	- Transseksualnost - Poremećaji rodnog identiteta u djetinjstvu
DSM-III-R (1987.)	Poremećaji koji se najčešće javljaju u ranom djetinjstvu, djetinjstvu ili adolescenciji	- Transseksualnost - Poremećaji rodnog identiteta u djetinjstvu - Poremećaji rodnog identiteta u adolescenciji i odrasloj dobi, netransseksualni tip
DSM-IV (1994.)	Seksualni poremećaji i poremećaji rodnog identiteta	- Poremećaji rodnog identiteta kod adolescenata ili odraslih - Poremećaji rodnog identiteta kod djece
DSM-IV-TR (2000.)	Seksualni poremećaji i poremećaji rodnog identiteta	- Poremećaji rodnog identiteta kod adolescenata ili odraslih - Poremećaji rodnog identiteta kod djece
DSM-5 (2013.)	Rodna disforija (predloženo)	- Rodna disforija kod adolescenata ili odraslih - Rodna disforija kod djece (predloženo)

Tablica 2 Drecher J, Cohen-Kettenis PT, Winter S. Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. International Review of Psychiatry 2012;24(6):568-77

5. KLINIČKA SLIKA TRANSRODNE DISFORIJE

Klinička slika se razlikuje od podvrste do podvrste. Kriteriji za podvrste su smjer tranzicije spola i seksualna orijentacija. Seksualna orijentacija se određuje prema partneru u odnosu na biološki spol.

Homoseksualne MuŽ osobe

Ovoj skupini pripada 50% MuŽ TS osoba i kod njih već od ranog djetinjstva postoji intenzivna spolna disforija te potreba za promjenom spola. U početku žive kao homoseksualci, ali nisu time zadovoljni i nakon tranzicije osjećaju odbojnost prema homoseksualnim muškarcima. Homoseksualne MuŽ osobe žele heteroseksualnu vezu te nakon promjene spola žele odnos s heteroseksualnim muškarcem. Istraživanja pokazuju kako su mnogo zadovoljniji kvalitetom života nego heteroseksualne MuŽ osobe.[10]

Nehomoseksualne MuŽ osobe

Glavna razlika između homoseksualnih i nehomoseksualnih MuŽ osoba je to da se kod heteroseksualnih osjećaj spolne disforije ne javlja već u djetinjstvu. Ovi muškarci su vrlo često u braku sa ženom te žele s njom imati lezbijsku vezu. Javljaju se i komorbiditeti kao što je parafilija – spolno se uzbuđuju zamišljajući se kao ženu te imaju potrebu imati žensku ulogu u životu. Nažalost, nakon tranzicije spola češće se javljaju kako im je kvaliteta života opala. Ova skupina se ne naziva heteroseksualna jer ih ne mora privlačiti samo suprotan spol već ih mogu privlačiti uz to i muškarci i žene ili pak ne osjećaju privlačnost ni prema jednom spolu.

Homoseksualne ŽuM osobe

Ove djevojčice od ranog djetinjstva žele postati dječaci i sukladno tome se tako i ponašaju – oblače se kao dječaci, igraju „muške“ igre. U odrasloj dobi ih privlače žene, ali one ne mogu biti sretne u lezbijskim vezama jer žele biti voljene kao muškarac, a ne kao žena. Stoga i imaju izraženiju želju za kliničkom terapijom tj. želju za faloplastikom.

Nehomoseksualne ŽuM osobe

U ovu skupinu spada najmanje TS osoba. Tranzicijom spola ove TS osobe žele ostvariti gej vezu, što znači da se upuštaju u veze s homoseksualnim muškarcima i to ih ispunjava i češće su zadovoljne svojim seksualnim životom nego druge TS osobe.

6. SEKSUALNOST TRANSRODNIH OSOBA

Seksualna orijentacija osobe se određuje prema biološkom spolu osobe. Spol osobe se određuje na temelju gena: XX je ženski spol, a XY je muški spol. Rod je psihološki spol te on u većini slučajeva prati biološki spol no to ne mora biti slučaj. Seksualna orijentacija predstavlja usmjerenost osobe prema određenom spolu, to jest usmjerenost prema osobi u smislu seksualnog uzbuđenja. Na temelju seksualne orijentacije govorimo o heteroseksualnim, homoseksualnim i biseksualnim osobama. Kao i ostale osobe, TS osobe mogu biti bilo koje seksualne orijentacije, a određuje se prema biološkom spolu.[11]

Seksualni problemi i poremećaji se javljaju u svih osoba pa tako i u TS s jednom iznimkom, a to je da su češći. Seksualni ciklus se sastoji od četiri faze tj. četiri seksualna odgovora i s obzirom na to, seksualne poremećaje dijelimo na:

a) Poremećaji seksualne želje
b) Poremećaji uzbuđivanja – erektilna disfunkcija, poremećaj subjektivnog ili fiziološkog uzbuđivanja
c) Poremećaji orgazma – prijevremena ejakulacija, odgođena ejakulacija, anorgazmija

Problemi se mogu javiti u bilo kojem dijelu tranzicije. Prije tranzicije dio TS osoba može osjećati gađenje prema vlastitom spolovilu, ne žele ga dirati i pokušavaju ga sakriti na bilo koji način – zbog takvog gađenja može se razviti seksualna averzija, smanjena seksualna želja te problemi s uzbuđenjem i orgazmom. Zato se prije ikakvog hormonskog liječenja treba provesti psihološko savjetovanje te informirati o dosadašnjim seksualnim iskustvima i preferencijama kako bi tranzicija bila što lakša te kako bi na kraju seksualni poremećaji bili manje izraženi ili da ih uopće nema. Ono što je potrebno napomenuti osobama tokom psihološkog savjetovanja i liječenja je da tokom kirurške tranzicije, spolovilo koje sada imaju će se iskoristiti za rekonstrukciju, što znači da će neki dijelovi tijela i dalje ostati, ali će imati drugačiju funkciju i izgled.[12]

Libido, tj. seksualna želja ovisi o više čimbenika – psihološki, kulturološki, socijalni i biološki (hormonalni). Stoga, početkom hormonske terapije može doći do promjena u libidu. Kod TS žena dolazi do pada libida jer se smanjuje koncentracija testosterona zbog antiandrogena, dok kod TS muškaraca raste libido i želja za seksualnim odnosima kako s drugim osobama tako i za masturbaciju.[13]

Nakon kirurške tranzicije spola TS osobe su općenito seksualno zadovoljnije, češće masturbiraju nego prije (njih 60% masturbira barem jednom tjedno), dok njih 30% ima seksualne odnose, a oko 20% nema seksualne odnose iako su u vezi.

Iako TS žene tokom seksualnog odnosa osjećaju vlaženje i iscjedak (taj ejakulat potječe iz prostate), to u većini slučajeva nije dovoljno da bi odnos bio bezbolan, zato ih se treba educirati i savjetovati da koriste lubrikante, ali i unatoč tome može doći do bolnih odnosa jer je neovagina kratka. Osim lubrikatora, za opuštanje neovagine se mogu koristiti dilatatori ili se na penis muškarca može staviti prsten koji će smanjiti duljinu penisa koji penetrira u neovaginu.

TS muškarci imaju mikropenis u koji se ugrađuju erektilne proteze kako bi penetracija bila lakša. Nakon tranzicije puno lakše postižu orgazam nego prije operacije te dobiva karakteristike rodnog spola – intenzivniji, brži, kraćeg trajanja.

7. KOMORBIDITETI

Kao i kod bilo koga drugog, u TS osoba se javljaju i ostale bolesti. Bolesti koje su mnogo češće kod njih su mentalne naravi.

Kroz život su često žrtve diskriminacije, stigme, manjka podrške i homofobnih napada što može biti dodatni okidač za depresiju koja onda vodi do suicidalnih misli. Osim toga, skloniji su prepuštanju riskantnijim ponašanjima kao što su konzumacija droga, alkohola, ali i kockanju i drugim ovisnostima.[14]

Najveći problem je što TS osobe radi stigme i ne imanja podrške okoline vrlo rijetko traže stručnu medicinsku pomoć. Nažalost, zbog manjka edukacije medicinskog osoblja, ali i uplitanja osobnog stava koji se često bazira na kulturi tog područja, TS osobe budu diskriminirane i s njihove strane, zbog čega se rjeđe javljaju u vezi svojih zdravstvenih tegoba.[15]

Osim depresije, bolesti koje se često javljaju su poremećaji hranjenja – bulimija i anoreksija. U radu objavljenom u Frontiers in Psychology se opisuju rezultati u kojima se uspoređuje pojavnost poremećaja hranjenja između homoseksualaca i TS osoba. Pokazalo se kako se poremećaji pojavljuju puno češće u žena koje su homoseksualke (njih 66,7%) i u TS osoba (63%), nego u homoseksualnih muškaraca (47,6%). Sklonost tim poremećajima se baziraju na samoj težini osobe, ali i na njihovoj procijeni koliko sami vrijede – čime se daje zaključit koliko je važno samopouzdanje i ljubav i podrška koju osoba prima od okoline i svojih bližnjih.[16]

Dio TS osoba je sklono promiskuitetnom ponašanju bez zaštite što sa sobom nosi određene posljedice, a to su spolno prenosive bolesti. To su najčešće zaraze s klamidijom, HPV-om, HSV-om, sifilis te HIV. Bitno je napomenuti, kao što je već rečeno, vrlo rijetko se javljaju liječnicima što zbog stigme, što zbog straha od diskriminacije te sve to dovodi do daljnje progresije bolesti koja bi možda mogla biti uspješno liječena. Spolno prenosive bolesti se puno češće prenose u osoba koje prakticiraju analni seks iz razloga što tokom seksa nastaju mikrotraume, a analni otvor je puno osjetljiviji na trenje te ako se ne primjenjuje dovoljna količina lubrikanta, dolazi do sitnih krvarenja koja predstavljaju ulaz za bakterije i viruse.[17]

8. POREMEĆAJ RODNOG IDENTITETA U DJECE I ADOLESCENATA

Djeca kroz odrastanje i socijalizaciju uče o tome koje je ponašanje prihvatljivo za djevojčice, a koje za dječake u toj kulturološkoj sredini. Te razlike u ponašanje su puno uočljivije u odrasloj dobi. U djetinjstvu često postoje preklapanja u ponašanju, većina roditelja vidi to kao razvojnu fazu i ne zabrinjavaju se niti vide išta pogrešno, dok oni koji i budu uzrujani uglavnom ih osobe iz okoline, kao npr. odgajateljice u vrtiću, uvjeravaju da je to potpuno normalno i da nema razloga za ikakvu brigu. To je u suštini točno, no ipak dio djece može osjećati snažno nepripadanje i maštati o tome da kad odrastu će biti suprotnog spola. Poremećaj rodnog identiteta se može javiti već u drugoj godini života.[18]

Kliničkim istraživanjima je došlo do zaključaka da je ovaj poremećaj češći u dječaka, tj. na jednu djevojčicu s ovim poremećajem dolazi pet dječaka. Vrlo često su ova djeca plašljivog temperamenta pa vrlo često poremećaj rodnog identiteta ostane neprepoznat. Četvrtina djece koja su pokazivala poremećaj rodnog identiteta će odrasti u transseksualne osobe i za njih je pubertet najrizičnije razdoblje. U pubertetu se razvijaju sekundarne spolne karakteristike zbog kojih oni ne vole svoj odraz u ogledalu, ali ih isto tako i okolina doživljava kao spol za koji smatraju da oni nisu. Ovdje „bolje“ prolaze djevojčice koje žele biti dječaci jer je u većini kultura prihvatljivo da se djevojke oblače u stereotipnu „mušku“ odjeću.

U djece mlađe od 12 godina ne provode se nikakvi medicinski postupci, ali kako bi se smanjila marginalizacija i osamljenost, i djeca i roditelji se uključuju u grupe čiji članovi su roditelji i djeca s istim problemom. Između 12. i 16. godine djeca se upućuju u specijalizirane centre za poremećaj rodnog identiteta i tamo se provodi interdisciplinarna procjena koja uključuje psihološku procjenu te pregled endokrinologa. Ako ne postoji nikakva kontraindikacija, pokušat će se smanjit stres ulaska u pubertet tako da se započne s aplikacijom GnRH koji će suprimirati pubertet. Ako se procjeni da je osoba kandidat za operativni zahvat, nakon 16. godine započinje se s aplikacijom hormona suprotnog spola, a nakon 18. godine se provodi operativni zahvat.[19] Ovaj način liječenja je započeo u Nizozemskoj, gdje je i napisan sam protokol. U Hrvatskoj nažalost ne postoje takvi centri za adolescente te ne postoji protokol liječenja.

Adolescenti koji su prošli kroz čitavi postupak su zadovoljniji kvalitetom života nego odrasle transseksualne osobe koje su tranziciju provele u odrasloj dobi.

9. LIJEČENJE TRANSRODNE DISFORIJE

9.1. Uloga obiteljskog liječnika

Uloga liječnika obiteljske medicine je pružanje primarne zdravstvene zaštite. To znači da je on prvi kontakt između pacijenta i zdravstvenog sustava. Mora skrbiti za sve zdravstvene probleme te koordinirati skrb s ostalim stručnjacima u zdravstvenoj zaštiti. Transrodne osobe boluju kao i svi ostali ljudi i od fizičkih i od psihičkih bolesti te im se mora omogućiti i pružiti skrb bez obzira na njihovu transrodnost. Kako bi se pacijentu pomoglo, liječnik obiteljske medicine mora transrodnost prepoznat kao bolest i educirati se o njoj, a ne dopustiti vlastitim predrasudama da utječe na njegov posao. Transrodne osobe tokom tranzicije prolaze kroz teška razdoblja, i mentalno i fizički, mora im se omogućiti bolovanje nakon svih kirurških zahvata, ali i bilo koje druge bolesti kao što je npr. depresija.[20]

9.2. Psihijatrijsko praćenje

Psihijatrijsko praćenje traje najmanje godinu dana i u tom periodu cilj je osobi pružiti psihoedukaciju, savjetovanje, ali i psihoterapiju i psihofarmakoterapiju.

Dio TS osoba odustaje od tranzicije spola no ostatku se treba omogućiti potpora i praćenje kroz daljnju tranziciju u kojoj je prvi korak uključivanje u „iskustvo stvarnog života“. Tokom tog iskustva TS osobe moraju živjeti kao suprotan spol. Nažalost, u našem okruženju to i nije tako lako moguće i izvedivo bez stigmatizacije okoline pa se vrlo često prijeđe odmah na sljedeći korak – a to je hormonska terapija.

TS osobe kao i bilo tko drugi mogu imati ostale duševne bolesti i poremećaje ličnosti i u tim situacijama je potrebno psihijatrijsko liječenje, bilo to u obliku psihofarmakoterapije ili kognitivno-bihevioralne ili psihoanalitičke terapije. Pokazalo se korisna i grupna psihoterapija. Farmakoterapija se najviše koristi u osoba koje boluju od anksioznog i depresivnog poremećaja; ti poremećaji su nažalost vrlo česti u TS osoba te se nerijetko javljaju suicidalne misli. Zbog toga se najčešće propisuju antidepresivi i anksiolitici, a rjeđe stabilizatori raspoloženja i antipsihotici.

Nakon uspješne promjene spola, potrebe za psihoterapijom i psihofarmakoterapijom u TS osoba se smanjuje.

9.3. Hormonska terapija

Hormonska terapija predstavlja veliku stepenicu za osobe na putu u promjeni spola. To je prvi korak ka promijeni vanjskog izgleda u željeni spol.[21] Ova vrsta terapije postaje opasnost u slučaju kada TS osobe same kupuju hormone preko interneta gdje su i dobile sve informacije umjesto da su se javile liječniku. Svaki unos hormona treba biti balansiran i precizno titriran kako ne bi došlo do nuspojava koje bi narušile zdravlje.

MuŽ transseksualne osobe

Osnovna i početna terapija je estrogen. To je ženski spolni hormon koji će kod transrodnih žena uzrokovati preraspodjelu masti u tijelu, rast dojki i smanjiti dlakavost. Sam estrogen nema izravan učinak na to već on djeluje negativnom povratnom spregom na hipofizu gdje blokira daljnju proizvodnju androgena. Estrogen se najčešće unosi ili transdermalno kao estradiol ili parenteralno u obliku estradiol valerata. Ako samo estrogen nije dovoljan, može se kombinirati i sa antiandrogenom terapijom kao što su progesteron, finasterid, medroksiprogesteron acetat te GnRH agonisti kao npr. leuprolid.

ŽuM transseksualne osobe

Za liječenje transrodnih muškaraca se upotrebljava testosteron. Prije samog početka terapije moraju se napraviti određene pretrage. Prvo se radi krvna slika kako bi se odredile razine hematokrita i lipida s obzirom da se tokom uzimanja testosterona kao terapije te vrijednosti mogu značajno povisiti. Osim toga treba se napraviti procjena je li osoba pod rizikom od nastanka osteoporoze. S obzirom da je estrogen poznat kao zaštitnik kostiju u žena, davanjem testosterona bi se smanjio njegov udio te bi ugrozili zdravlje transrodnih muškaraca daljnjim smanjivanjem estrogena.
Kada se započne s terapijom glavne vanjske promjene će biti virilizacija – pojačana dlakavost, produbljenje glasa, povećanje klitorisa, malih i velikih usana, povećanje mišićne mase, preraspodjela masnog tkiva.
Testosteron se može unositi oralnim putem (testosteron undekanoat), transdermalno (testosteron u obliku gela ili flastera), parenteralno (testosteron enantat) ili u obliku supkutanog implantata (poznat pod tvorničkim nazivom Testopel). Supkutani implantat se preporučuje tek kad se postigne krajnja virilizacija te da se na taj način i održava

9.4. Kirurška tranzicija spola

Tranzicija ženskog u muški spol

a) Supkutana mastektomija

Cilj operacije je rekonstrukcijom postići izgled prsnog koša koji bi potom izgledao što sličnije muškarčevom prsnom košu. Kako bi se to ostvarilo prvo se reducira tkivo dojke, ali se tokom tog postupka očuva bradavica-areola kompleks. Kod dojki malog volumena primjenjuje se semicirkularna tehnika jer ona ostavlja minimalan ožiljak, a kod voluminoznijih dojki se primjenjuje transareolarna tehnika jer se njome ne smanjuje samo volumen dojki već se smanji i bradavica-areola kompleks, no nažalost, ovaj postupak ipak ostavlja veći ožiljak.[22]

U Hrvatskoj se rekonstrukcija dojki najčešće provodi u KB Dubrava i to koncentričnom cirkularnom tehnikom jer je njome postupak relokacije bradavice izrazito olakšan. Tokom relokacije pazi se da je odgovarajući ovalni oblik bradavica-areola kompleksa s vodoravnim promjerom 27 mm, a okomitim promjerom 20 mm, veličina same bradavice 7 mm, a njena visina 3 mm.[23]

b) Histerektomija i ovariektomija

Odstranjenje maternice i jajnika se najčešće vrši nakon mastektomije, ali može se izvesti i istovremeno. Sam postupak se može izvoditi laparotomijom ili endoskopski asistirano.

c) Genitalna transformacija

Ova transformacija obuhvaća vaginektomiju, rekonstrukciju dijela uretre, faloplastiku te skroto-testikuloplastiku.

Faloplastika je teška operacija koja ima za ciljeve rekonstrukciju neopenisa i neouretre. Postoji više tehnika rekonstrukcije, a najviše se razlikuju po tome koji režnjevi se koriste za rekonstrukciju. Režnjevi se mogu uzeti s abdomena, pubičnog područja, anterolateralnog dijela natkoljenice, radijalnog ili ulnarnog dijela podlaktice, koristi se latissimus dorsi režanj, skapularni režanj.[24] Svaki postupak sa sobom donosi određene prednosti i mane te ovisi o kirurškom timu da odluče s kojom tehnikom će liječiti osobu. U Hrvatskoj se koristi podlaktični režanj, a defekt koji ostaje na podlaktici se pokriva kožnim transplantantom. Tokom faloplastike se također u istom aktu radi i

vaginektomija. Nakon što se stvori neopenis moguća je i sekundarna rekonstrukcija, a to je ugradnja erektilnih proteza.

6. mjeseci nakon faloplastike i rekonstrukcije skrotuma se može započeti s procesom rekonstrukcije testisa. Sama rekonstrukcija se ostvaruje ugradnjom proteza.

Tranzicija muškog u ženski spol

a) Amputacija penisa i formiranje neovagine

Kako bi se vagina formirala, naravno penis se mora odstranit, iako u suštini se zapravo samo dio odstrani a dio se iskoristi za formiranje novog spolovila. Corpora cavernosa se amputira, ali maleni dio se ostavi kako bi služio za formiranje klitorisa. Nakon toga se skraćuje uretra i tek kada se to napravi se može odstranit spongiozno tijelo. Koža penisa se koristi za dvije stvari – formiranje neovagine te formiranje neouretre-neomeatusa. Prostata se ne odstranjuje jer se za nju pričvrsti vrh neovagine. Dubina novonastale vagine ovisi o rekto-vezikalnom prostoru u maloj zdjelici, ali najčešće je njena duljina između 8-10 cm. Nakon same operacije moguće su komplikacije kao što su stenoze vagine, iz tog razloga potrebno je upotrebljavati pomagala odgovarajućih dimenzija kako bi se stenoza minimalizirala.[25]

b) Augmentacija dojki

Augmentacija je estetski zahvat povećanja grudi te je isti postupak kao i kod žena koje se odluče za njega. Postoje implantati različitih veličina, oblika i tekstura te se za najbolju opciju najbitnije konzultirati s kirurgom koji će raditi operaciju.

9.5. Ginekološki postupak za osobe u tranziciji spola

MuŽ transseksualne osobe

Prvi posjet ginekologu bi trebao biti nakon što se osoba podvrgne kirurškom zahvatu, to nije obavezan postupak, ali je poželjan kako bi MuŽ transseksualna osoba dobila cjeloviti pristup zdravlju. Uloga ginekologa je da ustanovi stanje rekonstruiranog spolovila te da uz samog kirurga kontrolira oporavak. Osim toga, te su osobe seksualno aktivne, dosta često povezane s

rizičnim seksualnim ponašanjem[26] i zbog toga je potrebna redovita kontrola, što radi prevencije HIV-a, što radi moguće pojave drugih spolno prenosivih bolesti kao što su šiljasti kondilomi i herpetična upala.

ŽuM transseksualne osobe

Za razliku od MuŽ transseksualnih osoba, ŽuM se moraju kontrolirati i prije same korektivne operacije, ali i nakon korektivne operacije u slučaju da nisu odstranili maternicu. Ginekolog treba biti osoba koja neće osuđivati već savjetovati i informirati pacijenticu o mogućim terapijskim postupcima. Za početak, zadatak je objasniti pacijenticama da će uzimanjem testosterona doći do virilizacije vanjskih spolovila, ali da to ovisi i od osobe do osobe te da će stupanj virilizacije s obzirom na to kod svakoga biti drugačiji.[27]
Jedna od najčešćih komplikacija nakon korektivne operacije je inkontinencija urina. Ta komplikacija itekako može utjecati na kvalitetu života, pogotovo u osoba koje uz to imaju i neke druge zdravstvene probleme.[28]

10. ZAKLJUČAK

Transrodne osobe su one koje se ne identificiraju sa spolom u kojim su rođene. Toga mogu postati svjesne već u djetinjstvu ili tek u odrasloj dobi. Kroz život prolaze najčešće stigmatizirani i diskriminirani, zbog čega je iznimno teško voditi „normalan“ život. Već i ako ne žele proći kiruršku tranziciju spola, nego žele živjeti kao drugi rod – sama izmjena oznake na dokumentima predstavlja veliku prepreku. Postavlja se pitanje koliko je u redu da za tako jednostavan postupak, osoba treba dobiti dijagnozu rodne disforije od strane psihijatra kako bi ostvarila taj cilj. Bitno je napomenuti kako nemaju sve TS osobe osjećaj disforije. Ono što je bitno zapamtiti je da transseksualnost nije povezana s homoseksualnosti jer se homoseksualnost odnosi na to koji spol seksualno ili romantično privlači osobu, dok transseksualnost predstavlja rodni identitet.

Na kraju se postavlja pitanje – što ako TS osoba nakon kirurške tranzicije poželi opet promjenu spola? To ne predstavlja samo psihički poremećaj, već se možemo priupitati jesu li sve pretrage prije same tranzicije dobro napravljene, ima li medicinsko osoblje dovoljno znanje te jesu li dovoljno vremena i pažnje uložili u tretman TS osobe prije same tranzicije. Problem predstavljaju moguće daljnje kirurške tranzicije – je li moguće napraviti ponovnu tranziciju i jesu li potrebne dodatne proteze kako bi se ostvario dostojan anatomski izgled ili funkcija. U Hrvatskoj ne postoji zakon koji određuje na koliko tranzicija neka osoba ima pravo, na kraju krajeva, HZZO-o ne pokriva niti hormonsku niti kiruršku tranziciju već to TS osobe same plaćaju.

U Hrvatskoj podršku TS osobe mogu naći u udrugama „Zagreb Pride“ i „Trans Aid“. Te udruge pružaju emocionalnu podršku TS osobama, a osim toga upućuju ih kod stručnjaka koji se bave transrodnošću, organiziraju grupe podrške te omogućuju pravnu podršku koja je često potrebna zbog promjena oznaka na dokumentima.

11. ZAHVALA

Zahvaljujem se svom mentoru prof. dr. sc. Draženu Begiću na stručnoj pomoći i savjetima, mnogim konzultacijama, literaturi i vremenu uloženom u izradi ovog diplomskog rada.

Najviše zahvaljujem cijeloj svojoj obitelji koja mi je bila podrška kroz dugogodišnje studiranje te što nikada nisu prestali vjerovati u mene i moje sposobnosti. Kroz cijeli život ste me motivirali da radim na sebi i da nikad ne odustanem od cilja koliko god težak put bio.

Hvala prijateljima koji su bili mentalna podrška tokom svih ispita, pogotovo hvala Ante za pomoć u učenju kada mi je najviše trebala.

12.ŽIVOTOPIS

Rođena sam u Zagrebu 14.6.1992.

Svoje školovanje sam započela u OŠ Kustošija te nastavila u X. gimnaziji „Ivan Supek“. Za vrijeme osnovne i srednje škole sam također pohađala i završila Osnovnu glazbenu školu Ivan pl. Zajc gdje sam svirala violinu.

2011. sam upisala Medicinski fakultet u Zagrebu gdje sam svoje slobodno vrijeme provodila u udruzi CroMSIC te sam vodila Lokalni odbor za ljudska prava i mir od 2014. do 2016. Za vrijeme svog mandata sam organizirala simpozij pod nazivom – Simpozij o ljudskim pravima: Zapošljavanje mladih i studenata. Simpozij je također bio predstavljen na Europskom sastanku studenata medicine u Danskoj 2015. godine.

Aktivno se služim engleskim jezikom

13.POPIS LITERATURE

[1] Bolich, Gregory G. Transgender realities. 2008.
[2] Katz, J. Gay American History: Lesbians and Gay Men in the U.S.A. 1976.
[3] Holland E. The nature of Homosexuality
[4] Califia P. Sex Changes The Politics of Transgenderism. California: Cleis Press, Inc. 2003.
[5] Campanile D, Carlà-Uhink F, Facella M. TransAntiquity: Cross-Dressing and Transgender Dynamics in the Ancient World. 2017.
[6] Bradley SJ, Zucker KJ. Gender identity disorder: A review of the past 10 years. Joural of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1997;36: 872-880
[7] Haffner-Lauc M, Škrlec I, Pušeljić S, Wagner J, Viljetić B, Vajn K. Uloga hormona i gena u razvoju spolnoga dimorfizma mozga. Med Vjesn 2007; 39(1-4): 45-54
[8] Saleem F, Rizvi SW. Transgender Associations and Possible Etiology: A Literature Review. Cureus. 2017 Dec 24;9(12):e1984.
[9] Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.
[10] Standards of care for gender identity disordedrs. The World Professional Association for Transgender Health (WPATH). www.wpath.org
[11] Bancroft J. Human sexuality and its problems. Churchill Livingstone Elsevier, 2009; 289-302.
[12] De Cuypere G, T'Sjoen G, Beerten R, Selvaggi G, De Sutter P, Hoebeke P, Monstrey S, Vansteenwegen A, Rubens R. Sexual and physical health after seks reassignment surgery. Archives of Sexual Behavior, 2005; 34: 490-679.
[13] Klein C, Gorzalka BB. Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: a review. Journal of Sexual Medicine, 2009; 6: 2922-2939.
[14] Poštuvan V, Podlogar T, Zadravec Šedivy N, De Leo D. Suicidal behaviour among sexual-minority youth: a review of the role of acceptance and support. Lancet Child Adolesc Health. 2019; 3(3):190-198.
[15] Reisner SL, Hughto JM, Dunham EE, Heflin KJ, Begenyi JB, Coffey-Esquivel J, Cahill S. Legal Protections in Public Accommodations Settings: A Critical Public Health Issue for Transgender and Gender-Nonconforming People. Milbank Q. 2015; 93(3):484-515.
[16] Bell K, Rieger E, Hirsch JK. Eating Disorder Symptoms and Proneness in Gay Men, Lesbian Women, and Transgender and Non-conforming Adults: Comparative Levels and a Proposed Mediational Model. Front Psychol. 2019; 9:2692.
[17] Veronese V, van Gemert C, Bulu S, Kwarteng T, Bergeri I, Badman S, Vella A, Stoové M. Sexually transmitted infections among transgender people and men who have sex with men in Port Vila, Vanuatu. Western Pac Surveill Response J. 2015; 6(1): 55–59.
[18] Blanchard R, Steiner BW. Clinical Managment of Gender Identity Disorders in Children and Adults. Washington: American Psychiatric Press, 1990.
[19] Lev A. Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gendervariant people and their families. Binghamton, NY: The Haworth Clinical Practice Press, 2004.
[20] Lang S, Bantić Ž. Medicinska etika. U: Socijalna medicina. Zagreb, 1989.
[21] Cecile A Ugner. Hormone therapy for transgender patients. Transl Androl Urol 2016; 5(6): 877-884
[22] Beer GM, Budi S, Seifert B, Morgenthaler W, Infanger M, Meyer VE. Configuration and localisation of the NAC in man. Plast Reconstr Surg 2001;108: 1947-1952.
[23] Budi S. „Matematičko-antropometrijska metoda određivanja položaja centra dojke u muškaraca“. Doktorska disertacija, 2003.
[24] Mamoon R, Muhammad ST. Phalloplasty: The dream and the reality. Indian J Plast Surg 2013;46(2): 283-293.
[25] Monstery SJ. Surgical therapy in transexual patients: a multidisciplinary approach. Acta Chir Belg 2001;101(5): 200-209.
[26] Brennan J, Kuhns LM, Johnson AK i sur. Syndemic Theory and HIV Related Risk among Young Transgender Women: The Role of Multiple, Co-Occuring Health Probems and Social Marginalization. Am J Public Health 2012;102: 1751-1757
[27] Drobnjak P. Interseksualizam. Zagreb: Izdavački zavod Jugoalavenske Akademije znanosti i umijetnosti, 1974.
[28] Kuhn A, Bodmer C, Standlmayr W i sur. Quality of life 15 years after sex reassignement surgery for transsexualism. Fertil Steril 2009;92: 1685-1689.